

DICHIARAZIONE MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000 – T.U.D.A)

__l__ sottoscritt__ _____,
nato a _____ (____) il _____,
residente a _____ (____) nella
_____, n. _____, C.F.:
_____, in qualità di ⁽¹⁾ _____ del____
Sig. _____, nat__ a _____
_____ (____) il _____, residente a _____
_____ (____) nella _____
n. _____, C.F.: _____, _____ quale è affett__ da:

elevata fragilità (persona estremamente vulnerabile);

disabilità grave (riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992);

consapevole delle responsabilità civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,

D I C H I A R A

1) **di essere** ⁽¹⁾ _____ del____ suddett__ Sig. _____
_____;

2) **di assistere** detta persona;

3) **che nessun altro soggetto** che assiste la suddetta è stato precedentemente vaccinato.

Realmonte, _____

Con riferimento alle norme di cui al D.Lgs. n. 196/2003 ed alle successive norme in materia di tutela della privacy, dichiaro di essere a conoscenza che l'ASP di Agrigento tratterà i dati sopra riportati per scopi e le finalità esclusivamente istituzionali, sia con mezzi cartacei che informatici.

__L__ DICHIARANTE

Allega alla presente: fotocopia di un documento di identità

Firma apposta in mia presenza.

Realmonte, _____

L'ADDETTO

⁽¹⁾ convivente, genitore, tutore, affidatario/a, badante (caregiver), etc.